UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 153

DE LA

RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

SUR LA TÊTE DERNIÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

PAR

Louis ROUGON

Né à Selonnet (Basses-Alpes), le 27 août 1886

INTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE ROUEN

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- DE ROUVILLE, prof. adjoint, *Président.*
- MASSABUAU, professeur.
- P. DELMAS, agrégé.
- ETIENNE agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

DE LA

RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

SUR LA TÊTE DERNIÈRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0031

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 153

DE LA

RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

SUR LA TÊTE DERNIÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1920

PAR

Louis ROUGON

Né à Selonnet (Basses-Alpes), le 27 août 1886

INTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE ROUEN

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

OTHEEK
RIJKS
UNIV.
EIDEN

Examinateurs de la Thèse

De ROUVILLE, prof. adjoint, *Président.*
MASSABUAU, professeur.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲).....	DOYEN.
	N...	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

	Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O ✲)
	Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
	Physique médicale.....	IMBERT (✲).
	Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
	Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲).
	Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲)
	Physiologie.....	HEDON (✲).
	Histologie.....	VIALLETON.
	Clinique médicale	DUCAMP (✲)
	Anatomie.....	GILIS (✲)
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
	Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲)
	Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
	Hygiène.....	BERTIN-SANS (O
	Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
	Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
	Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✲)
	Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✲)
	Microbiologie.....	N. . .
	Pathologie interne.....	N...
	Clinique médicale.....	N...
	Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O✲✲) a.l. (ch. de c
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrége. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrége. (ch. d. c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie	WATON ✲ (✲) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH ✲ (ch. d'agr. l.
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*	MM. P. DELMAS, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Tombé aux combats des Éparges en Avril 1915

A MES PARENTS

A MES AMIS

L.-Z. ROUGON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

L.-Z. ROUGON.

DE LA

RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

SUR LA TÊTE DERNIÈRE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer récemment un cas de rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière, il nous a paru intéressant d'étudier, avec quelques détails cette cause de dystocie.

Cet accident n'est sans doute pas très fréquent. Mais si, en 1899, Chéron n'avait pu recueillir qu'une observation où le retard apporté au dégagement de la tête, avait déterminé la mort du fœtus, dans les travaux publiés depuis cette date on relève un nombre suffisant d'observations pour montrer combien cette complication est grave.

M. le docteur Magniaux, chirurgien de la Maternité de Rouen, a bien voulu nous confier l'observation absolument typique qui nous a amené à étudier cette question. Nous l'en remercions très sincèrement; et nous lui demandons

de croire à notre reconnaissance pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné pendant l'année d'internat que nous avons passée dans son service.

Nous limiterons notre sujet à l'étude des difficultés que peut entraîner la rétraction de l'anneau de Bandl pour le dégagement de la tête dernière, en particulier au cours du toisième temps de la version par manœuvres internes.

HISTORIQUE

Notre sujet n'est pas nouveau. Les anciens accoucheurs avaient remarqué que le dégagement de la tête dernière pouvait être gêné par des contractions limitées de l'utérus.

Mme Lachapelle attribuait cette difficulté au « resserrement de l'orifice interne ou cervico-utérin ». A son époque, on admettait que le segment inférieur de l'utérus est formé dans les trois derniers mois de la grossesse aux dépens de toute la portion supérieure du col. De sorte que l'orifice interne dont elle parle correspond à la partie supérieure du segment inférieur, c'est-à-dire à la région la plus voisine de l'anneau de Bandl actuel.

Mais si Mme Lachapelle dit avoir « constaté plusieurs fois » cette cause de dystocie, elle ne paraît pas convaincue de sa fréquence. Elle revient à plusieurs reprises sur la difficulté du diagnostic. Voici ce qu'elle en dit dans un de ses chapitres: « L'orifice interne paraît aussi quelquefois se contracter spasmodiquement même après avoir été dilaté. Je dois faire remarquer cependant que, fort souvent après avoir fait la version du fœtus et extrait la totalité du tronc, on attribue mal à propos la dificulté qu'on éprouve à extraire la tête à cette contraction spasmodique de l'orifice interne sur le col de l'enfant. Si la tête a paru souvent s'arrêter, c'est presque toujours l'inertie utérine qui en était la cause ».

A la période moderne, après les travaux de Braune et de Bandl, de nombreux auteurs ont étudié l'anneau de Bandl au point de vue anatomique et ont précisé son rôle dystocique.

Markowitch, en 1894, dans sa Thèse, apporte une observation de rétraction sur la tête dernière du cercle utérin de Baudelocque.

En 1897, Guérin-Valmale donne une description complète de la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière.

En 1899, Chéron, dans sa Thèse inspirée par le professeur Budin, consacre quelques pages au même sujet et apporte deux observations.

A l'occasion de cette thèse, le professeur Veit, de Leyde, soulève un débat à la Société d'obstétrique de Paris. Il nie la contraction partielle de l'utérus. Pour lui, il s'agit toujours de contraction utérine plus ou moins complète. Mais Budin, Demelin, Perret apportent des observations dans lesquelles ils ont eu affaire à « un anneau rétracté avec un corps utérin plus relaché au dessus ».

Depuis, il semble que la contracture annulaire partielle est admise par tout le monde.

Et dans les travaux parus depuis cette date sur les rétractions de l'anneau de Bandl, on cite partout les rétractions sur la tête dernière. Leconte en apporte plusieurs observations, de même que Garipuy, Bardinon, Gaignard, Petit.

Actuellement, tous les traités d'accouchement mentionnent cette cause de dystocie.

NOTIONS PRELIMINAIRES

Nous ne ferons pas une étude anatomique et physiologique complète de l'anneau de Bandl. Nous ne pourrions que reproduire ce qui a été exposé dans des travaux antérieurs bien mieux que nous ne saurions le faire.

Nous nous bornerons à rappeler quelques notions actuellement acquises et qui nous seront utiles pour éclairer notre sujet.

D'après la conception classique l'anneau de contraction est situé à la limite du segment supérieur et du segment inférieur. Il marque le point où la paroi utérine épaisse et très forte se réduit par suite de la disparition de la couche musculo-vasculaire moyenne. C'est comme l'a dit Bar « la limite inférieure des fibres entrecroisées, c'est-à-dire des fibres qui constituent la partie la plus importante de la couche musculaire sur le fond et les parois latérales du corps utérin ».

Pendant la grossesse cet anneau n'est marqué par aucun relief. On le localise d'après les points de repère suivants: veine circulaire, limite de solide attache du péritoine, union intime de l'œuf à l'utérus.

Mais pendant le travail l'anneau peut constituer une vraie bande contractile faisant saillie dans la cavité utérine comme le montrent les coupes de Braune, Barbour, Benckiser et Acconci.

Certains auteurs modernes n'admettent plus cette conception. Keiffer, Demelin, Pinard (Société d'obstétrique et de gynécologie, 1913) nient l'existence de cet anneau musculaire différencié.

Demelin pense que le segment inférieur du travail, différent du segment inférieur de la grossesse, est uniquement constitué par l'effacement et l'étirement du col. Il se fait un glissement de la partie interne sur la partie externe. La partie interne est attirée vers le haut ; et le ressaut musculaire que l'on appelle anneau de Bandl n'est autre que l'orifice interne du col.

Mais si les opinions divergent au point de vue anatomique, elles concordent au point de vue clinique, et tout le monde admet la fréquence de la rétraction d'un faisceau musculaire dans la région que nous continuerons à appeler: région de l'anneau de Bandl.

Après les arguments apportés à la Société d'obstétrique et de gynécologie en 1899, par Budin, Demelin, Perret et après la thèse de H.-C. Petit, tout le monde admet aussi que la rétraction d'un anneau isolé peut exister en dehors de la rétraction totale de l'utérus. Dans un cas, publié dans la Thèse de Vassor, M. Bonnaire a constaté que le corps utérin était absolument mou au-dessus de l'anneau contracté. Nous avons constaté ce fait très nettement dans un cas de rétraction sur la tête dernière (obs. première).

Cette contracture annulaire peut siéger à des hauteurs variables sur le corps de l'utérus. Il faut en effet considérer la paroi musculaire de l'utérus comme agissant, non pas seulement dans son ensemble sur le fœtus et ses membranes, mais par ondes de contraction se manifestant par une série d'anneaux et l'anneau de Bandl serait « la limite de l'onde musculaire circulaire du corps utérin » (Pinard).

Une cause d'irritation peut déterminer la contracture de

l'un quelconque de ces anneaux. Mais celui qui se contracte le plus souvent siège au niveau de la région classique de l'anneau de Bandl. Sur 83 observations de contracture annulaire, Petit a trouvé 64 fois l'anneau de striction au niveau de la région de Bandl.

Comment expliquer cette prédilection? Ceux qui admettent l'existence d'un anneau musculaire différencié, renforcé, pensent que la contracture siège au point où les causes d'irritation sont plus nombreuses: compression par une partie fœtale, touchers maladroits, etc. Mais de plus cette rétraction se produit au point où la résistance fœtale est moindre. En effet, dans une présentation du siège ou au cours de la version, lorsque les bras sont abaissés, tandis que les anneaux musculaires les plus élevés continuent à se contracter sur la tête, les anneaux de la région de Bandl correspondant au cou du fœtus, rencontrent une résistance moindre et se contractent davantage. « L'anneau de Bandl est plus resserré que le reste, sa rétractilité peut se satisfaire davantage parce qu'il se trouve en rapport avec une région fœtale moins volumineuse » (Demelin).

C'est ce qui explique que l'anneau retenant la tête dernière siège le plus souvent au niveau du cou du fœtus.

Mais si la tête se présente au détroit supérieur bien fléchie, le menton est appliqué sur le sternum; et ce n'est pas sur le cou que va se rétracter l'anneau mais sur la petite circonférence de la tête, c'est-à-dire sur la circonférence passant par le sous-occiput et la racine du nez. Ce fait a été constaté dans les observations I, III, IV, V, que l'on trouvera plus loin.

D'après ce que nous venons de dire on comprend que la contracture de l'anneau de Bandl ne constitue pas un phénomène pathologique spécial, mais n'est qu'une manifestation exagérée de la contractilité réflexe de l'utérus. Or,

nous savons que la matrice devient d'autant plus contractile qu'on approche davantage du travail. « Si la grossesse ne crée aucune propriété nouvelle, disait Pajot, du moins a-t-elle pour effet d'exagérer les propriétés normales de l'utérus ». Nous ne pouvons donc pas être étonnés, au cours du travail, de voir une cause quelconque déterminer un spasme sur un point de cet utérus particulièrement irritable.

Sachant que l'anneau de Bandl possède les mêmes propriétés que le reste de l'utérus, nous comprendrons qu'il ne soit pas plus que lui influencé par l'anesthésie, même générale. En effet, le plus souvent le spasme ne cède pas sous le chloroforme, chez une malade, dont nous donnons l'observation, cette contracture s'est même installée au cours de l'anesthésie chloroformique complète.

ETIOLOGIE

Les causes qui déterminent la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière sont les mêmes que celles qui déterminent la striction de cet anneau dans les diverses présentations et aux divers temps de l'accouchement. Ce sont les mêmes aussi qui déterminent la contracture de tout l'utérus, dont la rétraction de l'anneau de Bandl ne constitue qu'un stade.

Elles ont été bien résumées par Guérin-Valmale: « Touchers fréquents et maladroits, titillation du col utérin, rupture prématurée de la poche des eaux, tentatives de manœuvres inhabiles, sont des causes fréquentes d'irritation de l'utérus qui y répond par des contractions énergiques, aboutissant fatalement à la contracture. Les obstacles mécaniques à l'accouchement, rétrécissement pelvien, présentations vicieuses, agissent à peu près de même ».

Ces causes peuvent être divisées en trois catégories suivant qu'elles sont: d'origine maternelle, d'origine fœtale ou indépendantes de la mère et du fœtus.

Causes maternelles. — Elles peuvent se rattacher:

1° Aux phénomènes physiologiques du travail:
Rupture prématurée de la poche des eaux;
Intensité anormale des contractions utérines.

2° A des modifications du canal pelvi-génital:

Rétrécissement du bassin;
Présence d'un fibrome ou d'un kyste;
Rigidité du col;
Défaut de dilatabilité du vagin et du périnée.

3° A l'état général de la parturiente:

Eclampsie;
Prédisposition individuelle. Certaines femmes ont de la rétraction à tous leurs accouchements;
Multiparité qui intervient comme cause de présentations dystociques, particulièrement de présentation de l'épaule.

Causes fœtales. — Elles sont encore plus fréquentes et plus importantes:

Mauvaises présentations: épaule, siège, etc.;
Insertion vicieuse du placenta;
Procidence du cordon;
Excès de volume du fœtus;
Grossesse gémellaire;
Hydramnios.

Causes indépendantes du fœtus et de la mère:

Touchers fréquents et maladroits;
Tentatives de manœuvres;
Emploi d'excitateurs: dilatateurs, ballons, etc.;
Administration d'ergot de seigle, devenue heureusement exceptionnelle aujourd'hui;
Administration de quinine à laquelle Legagneur attribue des cas de contracture qu'il a observés chez des paludéennes en traitement.

Mais souvent la vraie cause nous échappe. Peut-être faut-il incriminer un trouble de fonctionnement de l'utérus dans ses contractions. Il est possible que l'étude de la forme des contractions suivant la méthode hystérographique de Fabre nous permette un jour de connaître ces troubles.

ETUDE CLINIQUE

Lorsque l'anneau de Bandl est rétracté au dessous du fœtus, l'inspection et la palpation peuvent permettre le diagnostic. L'utérus prend une forme spéciale en calebasse, en sablier (hour-glass ante partum) : la partie supérieure, plus volumineuse, constamment dure est séparée de la partie inférieure large, à parois minces, par un étranglement, plus ou moins haut situé dans l'abdomen.

Mais lorsque l'anneau est rétracté sur la tête dernière l'inspection ne donne rien. La palpation pourrait permettre de sentir la tête plus ou moins haute avec l'utérus se moulant sur elle. Mais c'est avant tout le toucher qui permet de faire le diagnostic.

Quelquefois cependant des incidents survenus au cours de l'accouchement peuvent mettre sur la bonne voie. Si, au cours d'un accouchement par le siège on a éprouvé des difficultés pour dégager les fesses et les épaules; si au cours d'une version surtout on a été gêné pour introduire la main dans l'utérus par un anneau rétracté, on peut soupçonner cette cause de dystocie, lorsque au dernier moment la tête est retenue prisonnière.

Mais si tout se passe bien et si les difficultés ne surgissent qu'au moment du dégagement de la tête, c'est uniquement par le toucher qu'on peut faire un diagnostic judicieux.

Deux cas peuvent se présenter : l'anneau siège au niveau du cou du fœtus, ou bien immédiatement au-dessous du diamètre sous-occipito-frontal. Les symptômes ne sont pas les mêmes dans les deux cas, ainsi d'ailleurs que le pronostic.

Si le fœtus est retenu par le cou, la tête reste haute, au détroit supérieur ou au-dessus. La main introduite au-dessous du fœtus pénètre facilement dans le canal cervico-segmentaire qui est appendu au corps comme une « manchette flasque ». Cette portion de l'utérus, longue de 6 à 7 centimètres, n'offre aucune résistance. Mais plus haut, le doigt se heurte à un bourrelet circulaire qui enserre la région fœtale. C'est une saillie musculaire mousse, arrondie qui est plus ou moins rétractée.

Dans certains cas, elle permet de glisser les doigts entre elle et le fœtus dans l'intervalle des contractions utérines. Alors le danger n'est pas immédiat car la circulation funiculaire n'est pas interrompue. Mais, dans les cas de contracture extrême il est absolument impossible de passer entre ce bourrelet et le cou du fœtus. Alors le cordon ne bat plus, l'enfant court les plus grands risques, il est littéralement étranglé.

Pour donner une idée de la force que peut déployer cet anneau de contracture, rappelons une observations de W.-J. Martin dans laquelle on trouva autour du crâne de l'enfant « un sillon profond comme si une corde avait été serrée étroitement à ce niveau ».

L'accoucheur ne peut pas atteindre la bouche du fœtus ou bien il y parvient difficilement et la manœuvre de Mauriceau est très pénible, souvent impossible. La vie de l'enfant est très compromise.

Si l'anneau de constriction siège au-dessous de l'équateur de la tête, c'est-à-dire au-dessous de son diamètre sous-

occipito-frontal, la main introduite dans le vagin trouve immédiatement la bouche du fœtus. L'opérateur prend alors toutes les dispositions pour la manœuvre de Mauriceau, il cherche à fléchir la tête, il fait des tractions, le tout absolument sans résultat. La tête est retenue comme dans un étau.

La main exploratrice trouve alors un col long, flasque, très dilatable qui pend devant la face du fœtus. Les doigts atteignent facilement non seulement la bouche, mais le nez, la partie inférieure des orbites. Et au-dessus, ils se heurtent au bourrelet musculaire rétracté qu'on peut suivre autour de la tête jusqu'à la région sous-occipitale. « La tête est coiffée comme d'un bonnet de coton trop enfoncé sur les yeux ». (Demelin.)

Cette circonstance est plus favorable que la précédente. Mais il n'y a pas de temps à perdre; la circulation funiculaire est gênée ou interrompue, le fœtus va faire des inspirations et toute minute de retard peut lui être fatale.

DIAGNOSTIC

Les causes qui peuvent entraîner des difficultés pour l'extraction de la tête dernière sont nombreuses, et la rétraction de l'anneau de Bandl en est une, mais des plus rarement constatée.

Le diagnostic en sera en général assez facile grâce à la constatation des symptômes précédemment énumérés. Ce diagnostic sera très important car le pronostic et la conduite à tenir ne seront pas les mêmes que dans les autres causes de dystocie.

Nous allons passer successivement en revue et très brièvement les causes susceptibles de gêner le dégagement de la tête dernière, dues: 1° au squelette de la mère; 2° aux parties molles; 3° au fœtus.

Difficultés dues au squelette. — Le diagnostic sera en général très facile. Les antécédents pathologiques de la parturiente, la notion des accouchements antérieurs, la constatation de déformations variées, fourniront des indications. La mensuration du bassin donnera une certitude.

Si c'est au dernier temps d'une version que la tête est retenue dernière, la surprise sera d'autant moins grande qu'en général cette intervention aura été indiquée par la viciation pelvienne.

Difficultés dues aux parties molles. — La tête peut être retenue dernière par l'utérus contracturé en entier et appliqué sur la tête fœtale. Mais ici les fibres qui gênent ce ne sont pas les fibres hautes, ce sont celles qui constituent l'anneau de Bandl et qui sont serrées autour du cou de l'enfant. On trouvera donc au toucher un bourrelet musculaire, mais au-dessus de cet anneau l'utérus ne sera pas souple, mais dur, contracturé. De plus, la tête sera plus élevée dans l'abdomen qu'en cas de contraction simple de l'anneau. La partie inférieure du segment supérieur peut être remontée jusqu'à hauteur de l'ombilic. Il faudra, en ce cas ,craindre la rupture utérine.

Certains états pathologiques du col peuvent offrir un obstacle à l'extraction de la tête dernière. C'est d'abord la rétraction spasmodique du col qui, suffisamment dilaté pour laisser passer le siège et les épaules se referme sur le cou du fœtus et retient la tête prisonnière. Certains auteurs nient la possibilité de cette rigidité spasmodique à cause du peu de développement de la musculature à ce niveau. Quoi qu'il en soit au toucher on ne sentirait pas ici le col mou, ouvert, laissant passer la main dans le canal cervico-segmentaire. Mais les doigts seraient arrêtés par la lame mince du col, tendue, douloureuse au toucher, serrée autour du cou du fœtus, et les culs-de-sac vaginaux seraient disparus.

L'œdème du col peut devenir aussi une cause de dystocie. Et non seulement l'œdème généralisé, mais peut-être surtout l'œdème localisé à la lèvre antérieure, peut gêner le dégagement de la tête dernière. Cette lèvre antérieure forme un gros bourrelet molasse, violacé qui, chassé par la tête, se trouve coincé sous le pubis et empêche la nuque de s'engager sous la symphyse.

Nous citerons aussi la rigidité pathologique du col, mais seulement dans le cas où une lésion : néoplasme, cicatrice, etc., est assez limitée pour permettre une dilatation qui sera suffisante pour laisser passer les fesses et les épaules, mais pas assez large pour permettre le dégagement du pôle le plus volumineux la tête dernière.

Les fibromes utérins ne causent pas en général de difficulté dans le cas qui nous occupe. Tarnier considérait même la présentation du siège et la version comme favorables en cas de tumeur de cette nature. En effet, les fibromes subissent l'influence du processus gravidique, ils se ramollissent, s'assouplissent (Depaul) et, en général, gênent peu. De plus, le fœtus, se présentant par les pieds, figure un cône allongé pénétrant par sa pointe et refoule la tumeur sur les côtés. Ordinairement, elle remonte peu à peu dans le grand bassin : elle fait son ascension.

Un kyste de l'ovaire peut gêner le dégagement de la tête surtout s'il est prolabé dans le Douglas. Plus dur que le fibrome, car il n'est pas comme lui ramolli par la grossesse, il peut constituer un obstacle tel qu'on sera obligé de le ponctionner, pour ne pas le rompre dans le péritoine, si on ne parvient pas à le refouler.

Les difficultés causées par des tumeurs urinaires ou fécales, qu'on reconnaîtra au toucher, ne devraient jamais être constatées, car tout accouchement doit être précédé de l'évacuation du rectum et de la vessie.

Nous ne ferons que citer les accidents rares comme le vaginisme supérieur et inférieur, les malformations de la vulve et du vagin.

Le manque de souplesse des tissus de la vulve et du périnée, en particulier chez les primipares âgées, peuvent être aussi une cause d'ennuis.

Difficultés dues au fœtus. — L'hydrocéphalie constitue la plus fréquente des causes de dystocie pour le dégagement de la tête dernière. Dans les présentations du siège tout évoluera normalement jusqu'à l'arrivée de la tête au détroit supérieur où elle sera arrêtée. On éliminera par le toucher toutes les autres causes d'arrêt de la tête et on sentira les fontanelles latérales extrêmement élargies, ainsi que la suture lambdoïde. On pourra même sentir la fluctuation symptomatique.

En cas de grossesse gémellaire la tête d'un premier fœtus qui s'est présenté par le siège peut être accrochée par la tête du second qui se présente par le sommet.

Des vices du mécanisme de dégagement : déflexion de la tête, rotation incomplète ou rotation en arrière de l'occiput, relèvement d'un bras derrière la nuque peuvent aussi être cause de retards pour l'extraction de la tête dernière.

CONDUITE A TENIR

On ne considérait pas autrefois la rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière comme une complication très grave. Mme Lachapelle parlant de la « constriction spasmodique de l'orifice interne sur le col de l'enfant », disait: « ce resserrement cesse ordinairement par intervalles puisqu'il est spasmodique et l'on finit toujours par le vaincre avec un peu de patience ».

Chéron, en 1899, n'avait pu recueillir qu'une observation où la résistance de l'anneau de contraction avait été fatale au fœtus.

Mais, actuellement, quoi qu'il ne soit guère possible d'établir une statistique probante, car le nombre d'observations publiées n'est pas considérable, il semble cependant qu'il faille considérer cette cause de dystocie comme très grave, au moins pour le fœtus, surtout lorsqu'il est pris par le cou.

C'est pourquoi il nous paraît intéressant d'étudier avec quelques détails la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en face de cette complication. La manière de se comporter sera différente: suivant le degré de contracture, suivant que l'enfant est mort ou vivant, suivant la partie par laquelle il est retenu: cou ou diamètre sous-occipito-frontal.

Une chose qu'il faudra éviter, c'est de compter uniquement sur les tractions pour terminer l'accouchement. On

ne réussira le plus souvent par ce moyen qu'à créer des complications nouvelles. D'abord, on risque de défléchir complètement la tête qui ne pourra plus se dégager qu'en occipito-sacrée. Ensuite, on peut arracher le cou du fœtus; une traction de 50 kilos, avec des mouvements d'oscillation, comme on en fait toujours par la traction à la main, suffit pour séparer la tête du tronc.

De plus, la traction semble avoir pour résultat d'exagérer par réflexe le degré de spasme de l'anneau de contraction. C'est ce fait que M. Bonnaire comparait à l'action du doigt qu'on cherche à retirer quand il a été introduit dans un de ces doigtiers de sparterie, jouet qui a nom « Ayez pitié de moi jeune homme », plus on tire, plus le lacet de sparterie se tend et plus le doigt demeure incarcéré.

Ce qu'il ne faudra jamais négliger c'est de joindre aux tractions des pressions abdominales que pratiquera sur la tête un aide intelligent. Si elles ne parviennent pas à dégager la tête, ces pressions auront au moins pour résultat d'empêcher sa déflexion.

Mais, sans s'obstiner à faire des tractions inutiles, il faudra recourir le plus rapidement possible à l'anesthésie générale. L'anesthésie par le chloroforme est la plus pratique. Souvent elle ne sera pas suffisante pour relâcher l'anneau contracturé. Dans une de nos observations la contracture s'est même installée la malade étant endormie profondément avant le début de la version. Mais, dans les cas moyens, l'anesthésie peut amener un relâchement suffisant pour permettre de dégager la tête. En tout cas, elle supprimera toute résistance de la part de la malade et donnera de grandes facilités pour les interventions que l'on peut être appelé à pratiquer. Mais, comme le dit Gaignard: « Il faut ici une anesthésie réelle, profonde, complète; pour l'utérus comme pour les autres organes en mal de contrac-

ture musculaire, il faut se défier des demi-anesthésies. C'est dire que l'anesthésie dite à la reine, est naturellement hors de propos ici. Bien souvent, hélas! même avec l'anesthésie profonde, le relâchement cherché ne sera pas obtenu ».

L'emploi de l'éther sera le plus souvent dangereux à cause de son inflammabilité au contact d'une lumière ou du feu.

Les autres médicaments susceptibles de diminuer les contractures utérines ne donneront souvent pas de résultat.

Les injections de morphine à haute dose peuvent diminuer la contracture; mais il ne faut pas oublier qu'à faible dose au contraire, elles l'exagèrent.

Sonta prétend avoir obtenu deux succès par le nitrite d'amyle en inhalations.

Remy a employé le succinate d'ammoniaque, médicament autrefois conseillé par Stoltz.

Watt n'a pas réussi par l'hyoscine par voie hypodermique. Les applications *in situ* de tampons imbibés de solution de chlorhydrate de cocaïne ne semblent pas non plus favorables.

Mais tous ces moyens thérapeutiques présentent peu d'intérêt. On pourrait les employer si l'enfant est mort. Mais s'il est vivant le temps est trop précieux pour qu'on puisse attendre l'action des médicaments. D'ailleurs, si dans les cas de contraction moyenne on peut espérer obtenir une cédation suffisante pour permettre d'achever l'accouchement, dans les cas de contraction forte, l'anesthésie générale elle-même ne sera qu'un adjuvant et il faudra avoir recours à des manœuvres obstétricales.

Ce qui prime donc tout c'est de savoir si l'enfant est mort ou vivant.

Si le fœtus est mort, il ne faudra plus penser qu'à la

mère et extraire la tête en diminuant le plus possible le danger de rupture utérine. Garipuy dans sa thèse, inspirée par Bonnaire, a montré que le moyen le plus simple et suffisant est la perforation de la tête dernière à l'aide du perforateur du basiotribe de Tarnier ou des ciseaux de Blot.

Mais si l'enfant est vivant, il n'y a pas une minute à perdre. La circulation est interrompue dans le cordon serré au niveau de l'anneau, et l'enfant va faire des mouvements inspiratoires et aspirer des mucosités.

Pour parer à ce dernier inconvénient on a tenté de créer autour de la bouche du fœtus une atmosphère respirable. Si l'anneau est serré autour du cou, la tête se touve tout entière dans l'utérus. On pourrait en ce cas tenter la physométrie artificielle préconisée par Rapin, de Lausanne, au Congrès d'obstétrique et de gynécologie d'Amsterdam, en 1899, puis au Congrès de médecine de Paris, en 1900.

Cette méthode consiste à introduire de l'air filtré ou de l'oxygène dans la cavité utérine au moyen d'une sonde et d'une seringue. Le liquide amniotique s'échappe soit par la sonde, soit à côté de celle-ci ; il est remplacé par de l'air et si le fœtus fait des mouvements inspiratoires prématurés, il inspirera du gaz au lieu d'introduire du liquide amniotique dans ses voies respiratoires. Rapin a présenté dix observations démontrant que cette méthode lui a donné des résultats et qu'elle n'est pas nuisible à la mère. Je ne crois pas cependant qu'elle ait été appliquée en France.

Si l'anneau de constriction siège au-dessous du diamètre sous-occipito-frontal, il sera facile d'atteindre la bouche du fœtus et on pourra y faire arriver l'air à l'aide de la main creusée en gouttière (Pugh) ou au moyen d'instruments spéciaux (Weidmann, Hecking, Baudelocque neveu).

Mais il faudra surtout essayer de glisser les doigts sous

l'anneau contracturé de préférence en arrière. On y parviendra en général en exerçant une pression continue. Lorsque les doigts auront passé au-dessus de l'anneau, il sera possible de le dilater un peu. Si la tête est prise par la circonférence sous-occipito-frontale, il suffira alors de faire franchir l'anneau aux bosses frontales qui, grâce à des tractions, glisseront sur les doigts introduits dans l'utérus, comme sur un plan incliné et la tête se dégagera. L'anneau franchi, il n'y aura qu'à terminer rapidement l'accouchement par la manœuvre de Mauriceau.

Si le fœtus est pris par le cou, les doigts introduits dans l'utérus iront à la recherche de la bouche de l'enfant. Ils y prendront point d'appui pour fléchir la tête et grâce à des tractions combinées, à des pressions abdominales, on pourra parvenir à faire franchir la tête à l'anneau et achever par le Mauriceau. Mais ici la manœuvre est plus longue et souvent le fœtus aura succombé.

Si cette manœuvre ne suffisait pas, il faudrait avoir recours à une application de forceps sur la tête dernière. Mais il semble, d'après les observations publiées que l'application de forceps constitue en ce cas une opération dangeureuse qui expose à la rupture utérine.

Quelles que soient les circonstances, il ne faudra jamais faire d'incisions libératrices sur l'anneau de Bandl. La rupture utérine en serait la conséquence.

Ribemont conseille même de laisser mourir le fœtus plutôt que de compromettre la vie de la mère par des déchirures graves. Dans les cas particulièrement malheureux, on pourrait être réduit à cette extrémité et terminer par la perforation de la tête; ou attendre et laisser aux grands bains chauds, comme le conseille Budin, le soin de faire cesser la contracture.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Magniaux, chirurgien de la Maternité de Rouen

Mme E. A.., 21 ans, ouvrière de filature, entre à la Maternité de Rouen, le 26 janvier 1920. Le médecin qui l'envoie a diagnostiqué une présentation de l'épaule et a fait une tentative infructueuse de version.

Cette malade a bon aspect. Taille moyenne. Dans ses antécédents personnels ou héréditaires, on ne trouve rien d'intéressant. Elle a fait ses premiers pas à 18 mois. Réglée régulièrement. Une grossesse antérieure normale : présentation du sommet ; fille bien portante.

Elle est au huitième mois de la grossesse actuelle. Dernières règles du 18 au 22 mai. Hauteur utérine, 30 centimètres. Bruits du cœur fœtal normaux ; foyer maximum à gauche de la ligne médiane à peu près à la hauteur de l'ombilic. La palpation rendue difficile par les contractions utérines permet cependant d'affirmer qu'il s'agit d'une position transversale avec tête à gauche.

Au toucher, on trouve de gros caillots qui encombrent le vagin et l'orifice du col. Le col est complètement dilaté. Bras procident dans le vagin. On sent bien le gril costal.

On arrive sur les saillies vertébrales en avant. Le creux axillaire est ouvert vers la droite. La main procidente est amenée à la vulve. C'est une main droite. Il s'agit donc d'une présentation de l'épaule droit en acromio iliaque gauche.

La poche des eaux est rompue depuis cinq heures. L'utérus n'est pas rétracté. Le col est complètement dilaté. Hémorragie qui, sans être inquiétante, continue cependant. Pour toutes ces raisons on décide de faire la version immédiatement.

Anesthésie générale au chloroforme. M. Cusson, interne de la Maternité, fait la version. J'étais chargé de l'aider. Pose d'un lacs sur le bras procident. Introduction de la main droite, qui, sans trop de mal atteint le pied droit. Traction sur ce pied. L'évolution se fait facilement. Le siège apparaît, le pied gauche se dégage. Anse au cordon. Abaissement facile du bras gauche à la main et du bras droit au moyen du lacs. On tente de faire la manœuvre de Mauriceau : les doigts de la main droite arrivent facilement dans la bouche du fœtus, mais il est absolument impossible de faire le dégagement de la tête.

Depuis le moment où la main droite est partie à la recherche du pied jusqu'à la tentative de manœuvre de Mauriceau, il s'est écoulé six minutes.

Après plusieurs tentatives infructueuses, malgré l'expression abdominale, M. Cusson, fatigué, voulut bien me demander d'essayer à mon tour. Voici ce que je puis constater :

Les doigts de la main droite arrivaient facilement à la bouche du fœtus ; ils atteignaient même sans difficulté le nez et les orbites. Mais au niveau de la racine du nez, par conséquent au-dessous des bosses frontales, les doigts venaient buter sur un bourrelet musculaire mousse et arrondi de l'épaisseur d'un pouce d'adulte environ, qui empêchait

absolument de glisser les doigts entre le front du fœtus et cette saillie musculaire. Cette saillie n'existait pas seulement à la partie postérieure de l'utérus; sur les côtés, il était absolument impossible aussi de glisser les doigts sous ce bourrelet qui passait à la partie inférieure de l'oreille du fœtus. En avant, même chose, la saillie musculaire s'appliquant à la partie inférieure de la nuque. Il s'agissait donc d'un véritable anneau encerclant la tête par la circonférence sous-occipito-frontale et la tenant emprisonnée comme dans un étau.

Il ne s'agissait pas d'une rétraction du col car on le trouvait partout souple et facilement dilatable. En arrière en particulier et sur les côtés, on l'avait bien dans la main, pendant dans le vagin, long de 6 à 7 centimètres. Il couvrait la face du fœtus et descendait jusqu'au menton. En avant, il était mince aussi et ne formait pas de bourrelet sous la symphyse.

Il s'agissait d'une rétraction spasmodique de l'anneau de Bandl retenant la tête dernière. J'essayai d'abord de fléchir la tête et de faire la manœuvre de Mauriceau, mais je ne fus pas plus heureux que mon camarade.

Je m'efforçai alors de vaincre cet anneau contracturé et de glisser les doigts de la main droite entre le front du fœtus et l'anneau. J'exerçai une pression continue pendant plusieurs minutes. Je n'ai pas remarqué pendant ce temps là de modifications de la striction coïncidant avec des contractions utérines. Je parvins enfin à glisser sous ce bourrelet musculaire, l'extrémité du médius, puis plus facilement les extrémités de l'index et de l'annulaire et j'introduisis dans l'utérus les deux dernières phalanges de ces trois doigts. J'eus alors la sensation très nette qu'il s'agissait de contracture d'une simple bande musculaire, car si mes doigts étaient fortement serrés à leur partie

moyenne, leur extrémité était très libre dans l'utérus. Je pus même plier la dernière phalange pour appuyer sur la saillie frontale. Je demandai à ce moment à M. Cusson de faire des tractions sur les pieds du fœtus et ma main droite formant plan incliné la tête franchit l'anneau. Je pus sans aucune difficulté terminer immédiatement par la manœuvre de Mauriceau.

Depuis la première tentative de manœuvre de Mauriceau jusqu'à l'extraction de la tête, il s'était écoulé quarante minutes.

Enfant mort du sexe féminin, pesant 2.600 grammes. Le placenta sort immédiatement après l'extraction de la tête. Insertion vélamenteuse du cordon. Placenta inséré bas ; sur un point, il n'y a que 6 centimètres de membranes. Il pèse 600 grammes.

M. Cusson vérifie l'état de l'utérus. Pas de déchirure du col. Impossibilité d'introduire la main dans le segment supérieur. L'anneau de Bandl toujours contracturé laisse à peine passer deux doigts. Globe de sûreté très net. On n'insiste pas, la délivrance étant complète. Suites de couches normales.

Le bassin encore revu avant la sortie de la malade a été reconnu normal.

Observation II

(Inédite)

Due à l'obligeance de notre ami M. le Dr Carpentier.

Femme de 38 ans. Quatre grossesses antérieures normales. Cette malade est assistée par une sage-femme qui, ayant diagnostiqué une présentation de l'épaule, fait appeler un médecin.

Contractions violentes de l'utérus. Les bruits du cœur

du fœtus n'étant pas rassurants, on décide de faire la version immédiatement.

Dilatation d'une paume de main; col facilement dilatable. Rupture de la poche des eaux dans laquelle pend une partie fœtale. On atteint facilement un pied. Les deux premiers temps de la version s'opèrent sans difficulté. Mais il est impossible de faire une anse au cordon, et on ne parvient pas à dégager le bras droit, tandis que le bras gauche est abaissé sans peine.

Le médecin fait alors appeler M. le docteur Carpentier qui trouve le fœtus mort, retenu la tête dernière, le cordon tendu, l'ombilic tiraillé et le bras droit retenu avec la tête. A l'examen, il trouve le col facilement dilatable, long de 5 à 6 centimètres, pendant dans le vagin et sur les épaules du fœtus, pas œdématié. A gauche, déchirure à bords mousses, cicatriciels qui est le fait d'accouchements antérieurs.

Au niveau du cou du fœtus, il trouve un anneau musculaire, dur, qui emprisonne la tête et le bras droit et qui ne permet pas de glisser les doigts entre l'utérus et la partie fœtale.

M. Carpentier fait le diagnostic de rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière. Le fœtus étant mort, il décide de faire la perforation du crâne et, dans ce but, il fait anesthésier la malade au chloroforme. Sous anesthésie, il tente d'abord d'abaisser le bras droit. Il y parvient après d'assez grandes difficultés. L'avant-bras était entouré par le cordon qui le retenait. Sur la face postéro-externe du bras on remarquait un sillon profond occasionné par la constriction de l'anneau musculaire.

En faisant ensuite le toucher pour repérer l'occiput, M. Carpentier remarque que l'anneau est bien moins serré sur le cou du fœtus. Il introduit sans trop de difficulté la main

droite entre l'anneau et l'angle du maxillaire du fœtus, et il parvient à introduire deux doigts dans la bouche. Il arrive à dégager la tête par la manœuvre de Mauriceau sans trop de peine.

Le placenta sort immédiatement derrière avec une quantité considérable de caillots. Suites immédiates excellentes. Globe de sûreté net; pas d'hémorragie. Fœtus petit, pesant 2.000 grammes.

Observation III

(Résumée)

Dr Poux, *in* thèse Markowitch, Paris, 1894, nº 15.

H. V..., 33 ans, primipare. Grossesse à terme. Présentation du siège décomplété mode des fesses. Dégagement facile du siège et des épaules. Mais manœuvre de Mauriceau impossible, quoique la bouche du fœtus soit facile à atteindre. On reconnaît que « l'obstacle à la progression de la tête n'est autre que l'anneau de contraction ou anneau de Bandl, fortement contracté autour de la petite circonférence de la tête ».

Sous l'influence d'une vive pression à travers la paroi abdominale, l'accouchement est terminé. L'extraction de la tête a duré au moins cinq à six minutes. Enfant ranimé au bout de quelques minutes par insufflation directe.

Observation IV

(Résumée)

W.-J. Martin, 1887, *in* thèse H. Chéron, Paris, 1899, nº 47.

Multipare : trois accouchements normaux. Grossesse actuelle à terme. Hémorragie profuse pour laquelle la sage-femme administre quelques cuillérées à café d'extrait fluide d'ergot.

Présentation de l'épaule. Tentative infructueuse de version par la sage-femme. Martin appelé trouve un anneau rigide au niveau de l'épaule du fœtus (hour glass ante partum). Sous anesthésie profonde, la version peut être effectuée. Mais, après le passage des épaules, l'anneau se resserre. On parvient à dégager la tête par des tractions aidées d'expression abdominale. Enfant mort. A l'examen, on trouva un sillon profond autour du crâne du fœtus, comme si une corde avait été serrée étroitement à ce niveau.

Observation V

(Résumée)

Prof. Budin, *in* thèse H. Chéron, Paris, 1899, n° 43.

Multipare, 41 ans. Grossesses antérieures normales. Grossesse actuelle à terme. Présentation de l'épaule avec procidence du cordon.

Version par manœuvres internes. Evolution du fœtus facile. Mais difficultés pour extraire les épaules et surtout la tête qui reste arrêtée au-dessus de l'anneau de Bandl. Par le toucher, on peut sentir que ce dernier est fortement appliqué sur le diamètre sous-occipito-frontal.

Ce n'est qu'après des tractions énergiques toujours exercées sur le maxillaire inférieur et des pressions faites sur la tête à travers la paroi abdominale que la tête est enfn dégagée.

Observation VI

(Résumée)

In thèse J. Leconte, Paris, 1904, n° 28.

F..., 392, 39 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule. Hydramnios. Procidence du bras. Version par manœuvres internes. Extraction facile du siège et des épau-

les. Tête retenue au détroit supérieur par rétraction de l'anneau de Bandl. Plusieurs essais de forceps. Mort du fœtus. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Rupture utérine. Laparotomie. Mort de la mère.

Observation VII

(Résumée)

In thèse J. Leconte, Paris, 1904, n° 37.

G..., 37 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. G A.; avant intervention, procidence du cordon, état de souffrance de l'enfant. Dilatation manuelle. Extraction du siège et du tronc assez facile. Rétraction de l'anneau de Bandl. Difficultés pour extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 3.850 grammes, en état de mort apparente; ranimé; mort peu après. Après délivrance, état médiocre de la mère. Suites de couches pathologiques.

Observation VIII

(Résumée)

In thèse J. Leconte, Paris, 1904, n° 38.

G..., 231, 41 ans. Huit grossesses antérieures. Bassin normal. Epaule gauche, dos en avant. Version. Evolution facile. Extraction de la tête dernière extrêmement pénible par la manœuvre de Mauriceau par suite de la rétraction de l'anneau de Bandl. Enfant mort, pesant 2.550 grammes. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Observation IX

(Résumée)

In thèse J. Leconte, Paris, 1904, n° 41.

G..., 614. Secondipare, 25 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule A. I. G. A.; dorso-antérieure. Ballon de Charpentier. Version. Dégagement facile des bras. Rétraction de l'anneau de Bandl : difficultés pour extraire la tête. Délivrance artificielle. Enfant ranimé pesant 3.000 grammes. Suites de couches normales.

Observation X

(Résumée)

In thèse Leconte, Paris, 1904, n° 42.

G..., 617. Multipare, 36 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. G. dorso-postérieure. Procidence du cordon. Souffrance du fœtus. Version. Evolution facile du fœtus. Anse au cordon qui ne bat plus après extraction facile du siège et des épaules. Rétraction de l'anneau de Bandl. Traction sur les épaules et refoulement difficile de l'anneau. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant mort, pesant 2.150 grammes. Après délivrance, crises convulsives éclamptiques. Suites de couches normales.

Observation XI

(Résumée)

In thèse M. Garipuy, Paris, 1907, n° 1.

Mme L..., 36 ans. Deux grossesses antérieures normales. Procidence du cordon et placenta prævia. Siège décomplété mode des fesses. Anesthésie au chloroforme. Dilacération

de la partie du placenta qui gêne la descente de la partie fœtale. Saisie d'un pied. Difficulté pour dégager le siège. Dégagement des épaules plus facile. Mais la tête est retenue. Echec des manœuvres de Mauriceau et Champetier de Ribes. M. Bonnaire constate la rétraction de l'anneau de Bandl et fait pratiquer la perforation de la tête dernière.

Observation XII

(Résumée)

In thèse Garipuy, Paris, 1907.

G. R..., 21 ans. Une grossesse antérieure normale. Grossesse actuelle de six mois et demi. Présentation du siège décomplété mode des fesses. Rupture spontanée des membranes. Dégagement facile du siège et des épaules. Manœuvre de Mauriceau impossible par suite de la contraction de l'anneau de Bandl. Après plusieurs tentatives infructueuses, le cordon ayant cessé de battre : perforation de la tête dernière.

Observation XIII

(Résumée)

In thèse Garipuy, Paris, 1907.

M. M..., 35 ans. Deux grossesses antérieures normales. Grossesse actuelle à terme ; présentation de l'épaule droite. Rupture artificielle des membranes. Version immédiate. Premier et deuxième temps faciles. Difficultés pour dégager les bras. Mauriceau impossible par suite de rétraction de l'anneau de Bandl. Plusieurs tentatives de forceps infructueuses. Perforation de la tête dernière.

Observation XIV

(Résumée)

In thèse Garipuy, Paris, 1907.

G. M..., 26 ans, primipare. Grossesse à terme. Présentation du siège. Accouchement lent. Abaissement d'un pied. Tractions. Tête retenue par anneaau de Bandl. Perforation de la tête.

Observation XV

(Résumée)

(Demelin, *in* thèse Bardinon, Paris, 1906.

Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes et extraction du fœtus faites par l'interne. Tête retenue par l'anneau de Bandl. Forceps au-dessus de cet anneau. Enfant mort. Rupture utérine.

Observation XVI

(Résumée)

Recueillie par M. Devraigne dans le service du professeur Bonnaire, *in* thèse Bardinon, Paris, 1906.

Multipare. Présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure. Utérus rétracté. Anesthésie générale. Version par manœuvres internes. Evolution du fœtus facile; mais la tête reste retenue au-dessus de l'anneau de Bandl. Forceps sur la tête dernière au-dessus de l'anneau. Hémorragie par déchirure du col et du segment inférieur. Enfant mort.

Observation XVII

(Résumée)

Recueillie par M. Devraigne dans le service du professeur Bonnaire,

Primipare. Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure. Version facile non suivie d'extraction. Expulsion brusque du siège ; tête retenue par anneau de Bandl. Col complètement dilaté. Craignant d'augmenter la contraction de l'anneau par les tractions et d'échouer à peu près à coup sûr dans la manœuvre de Mauriceau, M. Devraigne fait une application de forceps sur la tête dernière et extrait facilement celle-ci sans anesthésie. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Observation XVIII

(Résumée)

In thèse Legagneur H., Paris, 1909.

Mme C. G..., 38 ans. Cinq grossesses antérieures. Rétraction de l'anneau de Bandl au-dessous du fœtus se présentant par le sommet. Forceps impossible. Version par manœuvres internes. Evolution du fœtus facile. Tête retenue dernière. Mauriceau impossible malgré tractions sur le maxillaire. Application de forceps sur la tête dernière. Enfant mort. Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

I. — La rétraction de l'anneau de Bandl sur la tête dernière au cours de l'accouchement dans les présentations du siège ou au cours de l'extraction manuelle secondaire à la version par manœuvres internes, peut constituer un obstacle à la sortie de la tête dernière.

II. — L'anneau de contraction peut siéger au niveau du cou du fœtus, ou immédiatement au-dessous de son diamètre sous-occipito-frontal.

III. — Si l'enfant est vivant, il faudra terminer l'accouchement le plus rapidement possible, en insinuant les doigts entre la tête et l'anneau rétracté; en cas d'insuccès, une application prudente de forceps sera tentée sur la tête dernière.

IV. — Si l'enfant est mort, l'embryotomie pratiquée sur la tête, en assurera le dégagement.

BIBLIOGRAPHIE

Bar. — *Journal des praticiens,* 1906.

Bar, Brindeau et Chambrelant. — *La pratique de l'art des accouchements.*

Bardinon (A.). — Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes sans extraction. *Thèse Paris,* 1907.

Budin. — *Société d'obstétrique de Paris,* 1900.

Chéron. — Difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. *Thèse Paris,* 1899.

Demelin. — *Société d'obstétrique de Paris,* 1900.

Fabre. — *Précis d'obstétrique.*

— *Congrès international des sciences médicales,* Londres, août 1913.

Gaignard (L.). — Conduite à tenir dans les contractures utérines. *Thèse Paris,* 1910.

Garipuy (M.). — De l'extraction de la tête dernière avec perforation simple. *Thèse Paris,* 1907.

Guérin-Valmale. — Des difficultés de la version podalique. *Thèse Montpellier,* 1897.

Lachapelle (Mme).— *Pratique de l'art des accouchements.*

Leconte (J.). — Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes. *Thèse Paris,* 1904.

Legagneur (H.). — Quelques considérations sur les rétractions de l'anneau de Bandl en particulier au-dessous du fœtus tout entier et dans certains cas de paludisme. *Thèse Paris,* 1910.

Markowitch. — De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. *Thèse Paris,* 1894.

Maygrier et Schwab. — *Précis d'obstétrique.*

Petit (H.-C.). — Dystocie par contracture annulaire de l'utérus. *Thèse Paris,* 1914.

Rapin. — *Congrès international d'obstétrique et de gynécologie à Amsterdam,* 1899.

— *Congrès de médecine à Paris,* 1900.

Tarnier et Budin. — *Traité de l'art des accouchements.*

Vassor. — Contribution à l'étude des difficultés de la version causées par l'anneau de Bandl (étude spéciale du deuxième temps). *Thèse Paris,* 1902.

Veit. — *Société d'obstétrique de Paris,* 1900.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 12 mai 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 11 mai 1920.
Pour le Doyen.
Le Professeur délégué,
M. GRANEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!